



## Questionnaire en prévision du rendez-vous chez le dentiste d'une personne ayant des besoins particuliers en matière de santé

*Le présent questionnaire sert à recueillir de l'information sur les patients enfants, mais il peut aussi être utilisé ou adapté pour des patients adultes ayant des besoins particuliers.*

Le présent questionnaire vise à recueillir des renseignements importants sur les antécédents médicaux de votre enfant, ses habitudes d'hygiène dentaire, ses préférences alimentaires, ses aptitudes de communication et les stimuli sensoriels auxquels il réagit. Cette information aidera l'équipe dentaire à se préparer pour rendre le rendez-vous chez le dentiste aussi agréable que possible pour votre enfant. Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli au cabinet dentaire avant le rendez-vous de votre enfant. Une fois que vous aurez répondu aux questions, le document contiendra des renseignements personnels. En conséquence, il ne devrait pas être acheminé au cabinet par courriel régulier puisque ce moyen de communication n'est pas sécurisé. Votre cabinet dentaire pourrait avoir un portail sécurisé pour lui faire parvenir des renseignements personnels en matière de santé et des formulaires dûment remplis. Renseignez-vous et, si tel est le cas, utilisez-le pour lui envoyer facilement le questionnaire de manière sécurisée. Autrement, veuillez déposer le questionnaire dûment rempli directement au cabinet ou l'envoyer par la poste.

Rappel : Il est toujours important de donner un consentement qui est éclairé. Les parents et les aidants sont invités à être présents lors d'un rendez-vous afin qu'ils puissent donner leur consentement éclairé pour les soins qui seront prodigués. Si quelqu'un d'autre, tels un tuteur, un frère ou une sœur, accompagne le patient à son rendez-vous, il faut qu'un consentement éclairé ait été obtenu à l'avance. Un consentement par écrit est préférable, mais il est aussi possible de donner son consentement de vive voix directement auprès du fournisseur de soins. Cette information importante sera consignée dans le dossier du patient.

**Nom du patient :** \_\_\_\_\_

### DIAGNOSTIC ET MÉDICAMENTS

1. Décrivez la nature du diagnostic ou des besoins particuliers de votre enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Veuillez indiquer tous les médicaments, les vitamines, les produits naturels et les suppléments minéraux que prend votre enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HYGIÈNE DENTAIRE À LA MAISON ET AU CABINET DENTAIRE

3. Votre enfant a-t-il déjà été vu par un dentiste?  Non  Oui Dans l'affirmative, quand? \_\_\_\_\_

4. Veuillez décrire comment se passent les soins d'hygiène dentaire de votre enfant à la maison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Votre enfant utilise-t-il une brosse à dents  électrique ou  manuelle?

6. Votre enfant se passe-t-il la soie dentaire?  Non  Oui

7. Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour se brosser les dents?  Non  Oui

8. Votre enfant accepte-t-il de faire prendre des radiographies de sa bouche?  Non  Oui  Je ne sais pas  
Dans l'affirmative, veuillez indiquer ce qui a contribué à faire en sorte que tout se passe bien : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



9. Si votre enfant est en fauteuil roulant, cochez la case qui décrit le mieux sa situation :

- Mon enfant arrive à se transférer seul du fauteuil roulant à un autre siège, tel un fauteuil dentaire.
- Mon enfant a besoin d'aide pour sortir de son fauteuil roulant.
- Je ne sais pas.

10. Il arrive que des personnes soient obligées de porter un masque en public (comme durant une pandémie, à cause de troubles respiratoires, etc.). Votre enfant se sentirait-il à l'aise de porter un masque s'il le faut?  Oui  Non  
 Je ne sais pas

### OBJECTIFS LIÉS AUX SOINS BUCCODENTAIRES

11. Que souhaitez-vous que notre cabinet dentaire fasse pour votre enfant? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Quels sont vos objectifs en matière de santé buccodentaire pour votre enfant? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. À quoi ressemblerait une réussite de votre point de vue? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ALIMENTATION

14. Cochez toutes les cases pertinentes. Mon enfant mange :  trois repas par jour;  des collations entre les repas;  
 quand il a faim.

15. Votre enfant boit-il des boissons gazeuses?  Non  Oui

16. Votre enfant boit-il du jus de fruits?  Non  Oui

17. Quelles sont les préférences et les aversions alimentaires de votre enfant ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SYSTÈME DE SOUTIEN À L'ÉCOLE

18. Votre enfant a-t-il l'aide d'une accompagnatrice ou d'un accompagnateur?  Non  Oui

19. Votre enfant a-t-il un plan d'apprentissage individualisé?  Non  Oui

Dans l'affirmative, comment s'appelle ce plan et quelles en sont les grandes lignes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Dans quel type de milieu scolaire votre enfant est-il inscrit?  Intégration en salle de classe  Éducation spécialisée  
 Autre \_\_\_\_\_



## SOCIALISATION ET SUPPORTS

21. Que fait votre enfant pour s'autoréguler (se maîtriser)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Décrivez comment votre enfant réagit devant des pairs ou des adultes de l'extérieur de la maison ou de l'école : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. Énumérez les autres services d'aide dont a bénéficié votre enfant (ou votre famille) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. Votre enfant peut-il suivre des directives?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez donner un exemple : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
25. Envers qui votre enfant est-il le plus réceptif? \_\_\_\_\_
26. Votre enfant arrive-t-il à établir un contact visuel?  Non  Oui Dans l'affirmative, pendant environ combien de temps peut-il le maintenir? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
27. Est-il difficile pour votre enfant de se séparer de vous à l'école, chez le médecin, chez le coiffeur?  Non  Oui
28. Votre enfant réagit-il différemment aux hommes et aux femmes?  
 Non  Oui Dans l'affirmative, réagit-il mieux aux hommes ou aux femmes? \_\_\_\_\_
29. Utilisez-vous des jouets, des activités ou des friandises pour récompenser ou encourager un comportement positif?  
 Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez décrire ce que vous faites à la maison ou ce qui se passe à l'école : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## STIMULI SENSORIELS

30. Veuillez cocher toutes les cases pertinentes et encerclez ou surlignez les aspects particuliers qui indiquent les éléments auxquels votre enfant est susceptible de réagir **OU** les préférences sensorielles qui pourraient servir à faciliter son rendez-vous. Ajoutez tout complément d'information pertinent dans l'espace fourni.

Exemple :

**Goût** : Gants, dentifrice, fluor, saveurs particulières, autre : **Il préfère les parfums de gomme à mâcher et de fruits. Il n'aime pas les textures granuleuses.**

**Odeurs** : Odeur d'un cabinet dentaire, parfum, eau de Cologne, autre : \_\_\_\_\_

**Sons** : Musique, bruit de télévision en arrière-fond, fraise (instrument dentaire rotatif), téléphones, voix, horloge, autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vue** : Lumière tamisée, lumière vive, lumière pulsée, lumière de couleur, bras de support de la lampe au-dessus du fauteuil dentaire, miroirs, objets brillants, autre : \_\_\_\_\_

**Positions** : Hauteur ou angle d'inclinaison du fauteuil dentaire, rester immobile, être couché, autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Proximité** : Autrui, eau, lumière, appareil à radiographie, autre : \_\_\_\_\_

**Toucher** : Gants, air, gaze, eau, succion, température de la pièce et de l'eau, brossage des dents, couverture lestée, autre : \_\_\_\_\_

**Goût** : Gants, dentifrice, fluor, saveurs particulières, autre : \_\_\_\_\_

31. Comment votre enfant réagit-il aux stimuli qui le perturbent? \_\_\_\_\_

32. Que faites-vous quand votre enfant réagit aux stimuli qui le perturbent? En quoi ces façons de faire fonctionnent-elles? \_\_\_\_\_

## COMMUNICATION ET COMPORTEMENT

33. Votre enfant arrive-t-il à communiquer oralement?  Non  Oui

34. Donne-t-il des indices visuels ou oraux qui pourraient être utiles à l'équipe dentaire?  Non  Oui Dans l'affirmative, lesquels? \_\_\_\_\_

35. Y a-t-il des mots ou des énoncés qui conviennent mieux à votre enfant?  Non  Oui Dans l'affirmative, lesquels? \_\_\_\_\_

36. Votre enfant utilise-t-il la communication non verbale?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

37. Apporterez-vous un système de communication avec vous?  Non  Oui Dans l'affirmative, lequel? \_\_\_\_\_

38. Apporterez-vous des aides visuelles pour aider votre enfant durant son rendez-vous?  Non  Oui Dans l'affirmative, lesquelles? \_\_\_\_\_

39. Y a-t-il d'autres mesures d'aide que nous pourrions offrir pour faciliter la communication?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

## AUTRE :

40. Y a-t-il autre chose que notre cabinet dentaire devrait savoir pour faciliter autant que possible le rendez-vous pour tous? \_\_\_\_\_